



جامعة أبو بكر بلقايد

UNIVERSITÉ DE TLEMCEN

ⵜⴰⵎⴰⵏⵜ ⵜⴰⵏⵓⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵖⵉⵔⴰⵏⵜ



Intérêt de la deuxième résection endoscopique dans les tumeurs de la vessie non infiltrant le muscle vésical

D.H.TALEB-BENDIAB*Service d'Urologie CHU Tlemcen Algérie

Introduction

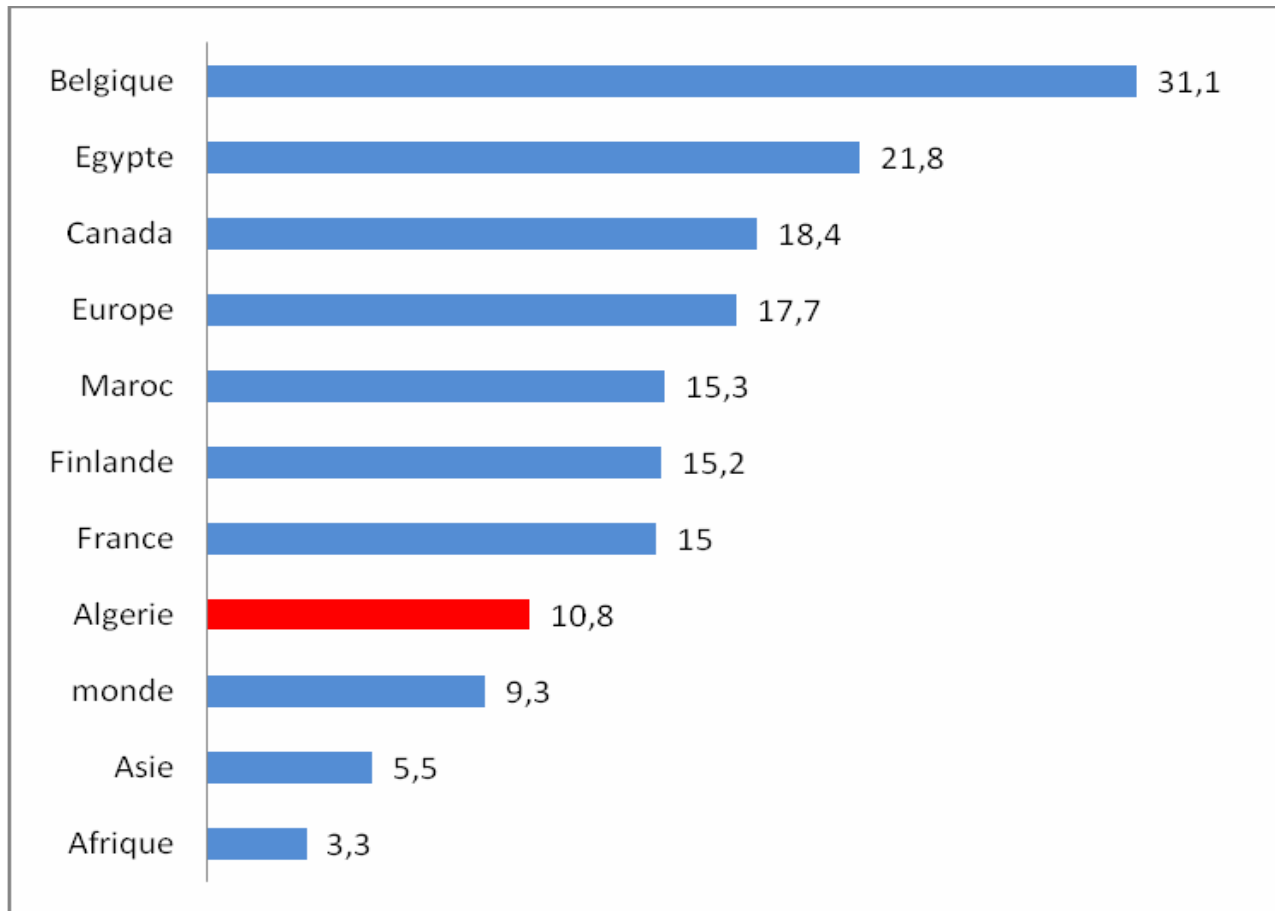
- Totalité de l'urothélium
- Bénignes ou malignes
- Du simple papillome inversé à la tumeur infiltrant le muscle
- Tumeurs n'envahissant pas le muscle vésical (**TVNIM**)
- Tumeurs envahissant le muscle vésical (**TVIM**)
- Multifocalité et les récives

Epidémiologie descriptive

Algérie

- 2^{ème} cancer masculin
- 5^{ème} cancer féminin
- Taux standardisé : 10,8 / 100 000 habitants
- Incidence cumulative : 1,32
- **Urologie : 1^{ère} place avec incidence en nette augmentation**

Epidémiologie descriptive

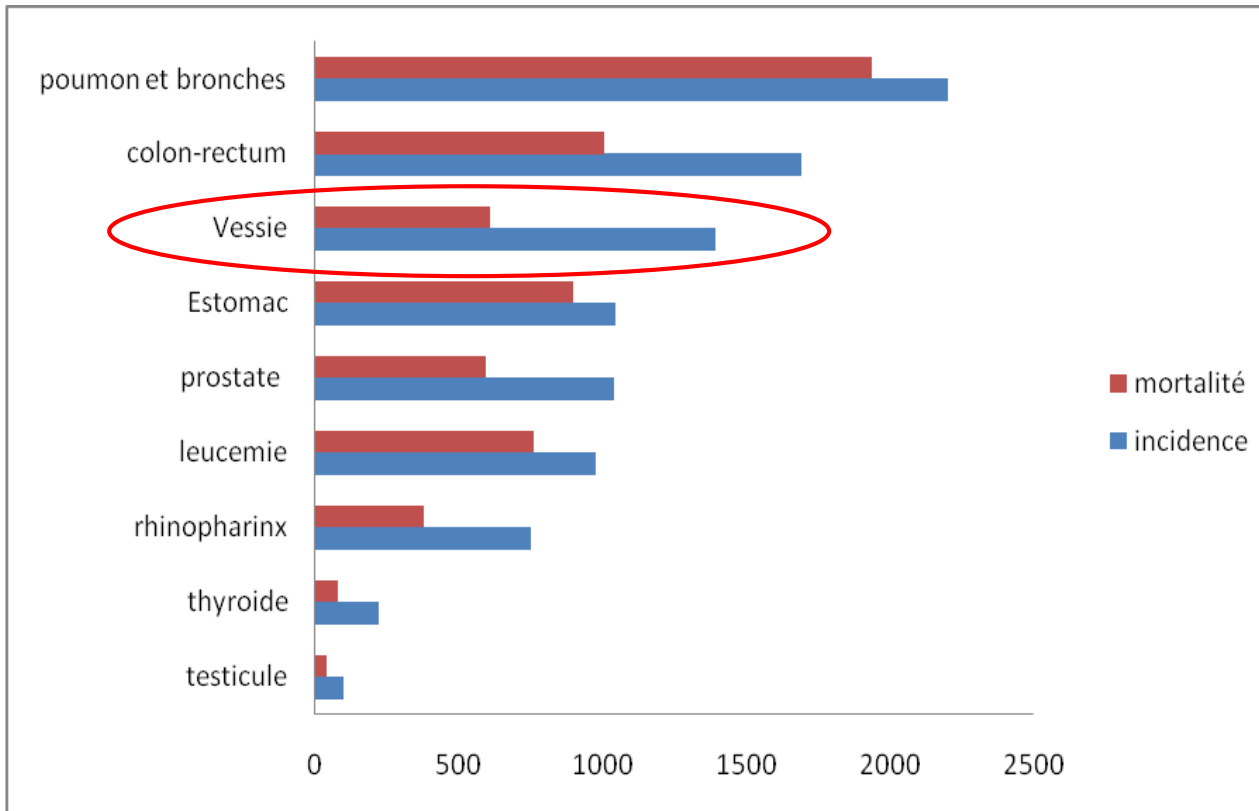


Source : <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>

Taux standardisé du cancer de la vessie , comparaison avec les autres pays.

Alger 09-10 juin 2022

Epidémiologie descriptive

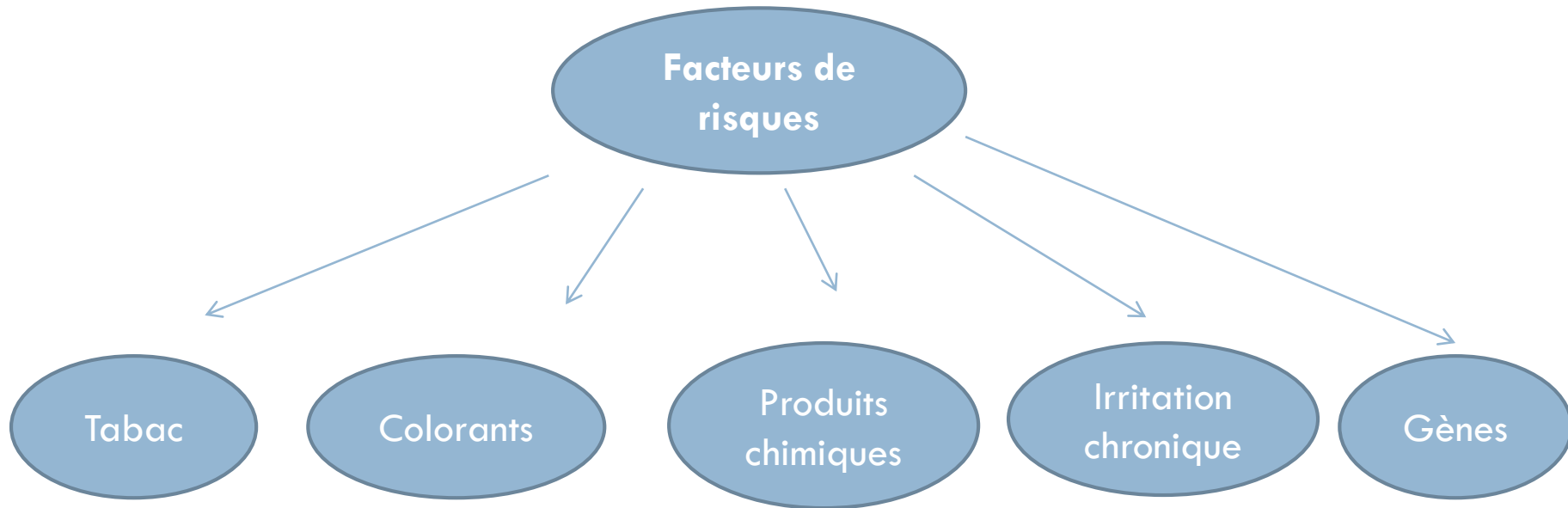


<http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>

Taux standardisé et mortalité du cancer de la vessie chez l'homme en Algérie par rapport aux autres cancers.

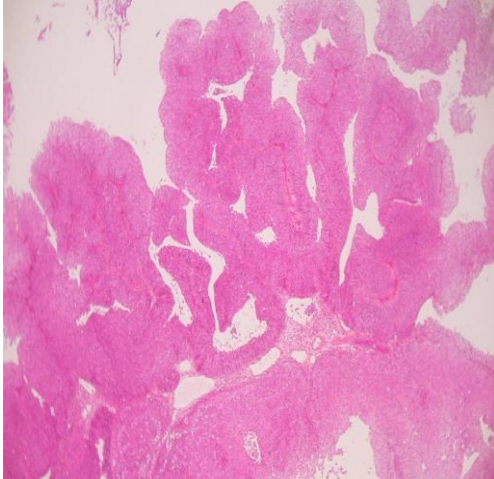
Alger 09-10 juin 2022

Les facteurs de risques

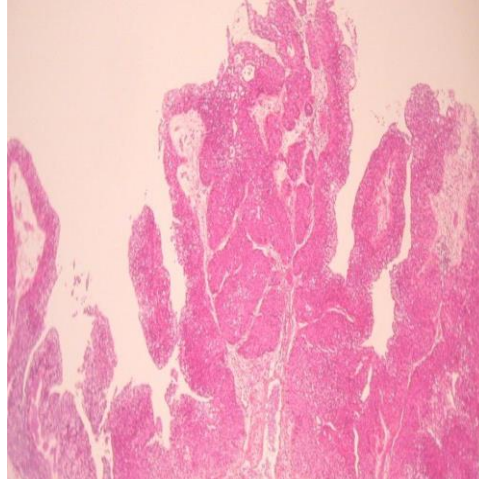


Anatomie pathologique

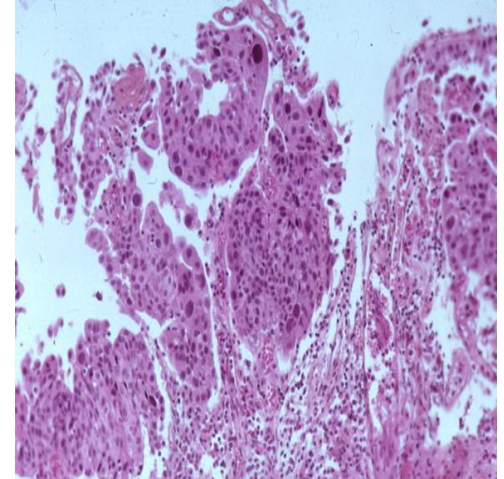
- 90% des cas : épithéliomas para-malpighiens
- Autres types histologiques : très rares
- Selon grade



Tumeur urothéliale papillaire











Carcinome urothélial de bas grade



Carcinome urothélial de haut grade

Anatomie pathologique

		TVNIM Tumeur non infiltrante			TVIM Tumeur infiltrante			
		Tis	Ta	T1(a-b)	T2	T3a	T3b	T4a-T4b
	Urothélium							
	Chorion							
	Muscle superficiel							
	Muscle profond							
	Tissu adipeux							
	Organes de voisinage							

Classification TNM 2010

Anatomie pathologique

Faible risque	pTa bas grade, moins 3cm, unifocale, sans antécédent de tumeur de vessie, tumeur à faible potentiel de malignité.
Risque intermédiaire	pTa bas grade qui ne présente aucun critère de risque élevé ou très élevé.
Haut risque	Tumeur présentant au moins un des critères suivants : pT1, haut grade (G3), carcinome in situ(CIS) correspondant au pTis.
Très haut risque	pT1 haut grade +CIS, pT1 haut grade multifocal, pT1 haut grade > 3cm, pT1 haut grade +envahissement lympho-vasculaire, pT1 haut grade avec atteinte prostatique, pT1 de type anatomopathologique agressif.

Alger 09-10 juin 2022

Classification des tumeurs vésicales selon le risque

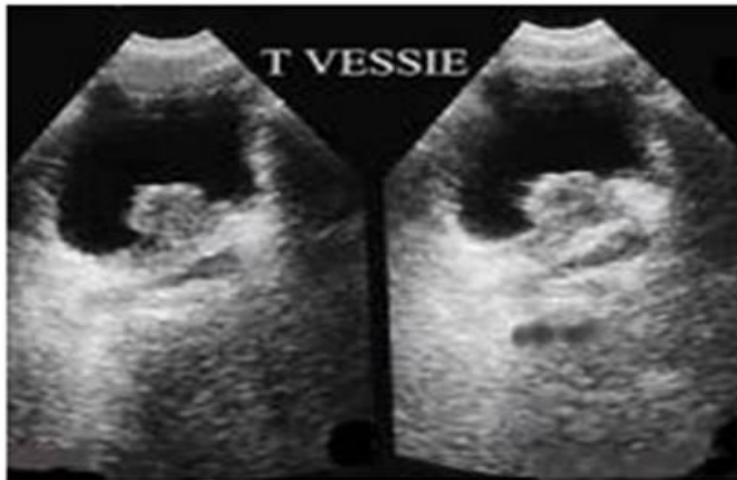
Circonstances de découverte

- Hématurie
- Cystite
- Echographie abdominale
- Métastases ou d'un envahissement locorégional



Imagerie

- Echographie vésicale
 - ▣ Voies sus-pubienne, transrectale, trans-vaginale
- Tomodensitométrie
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)

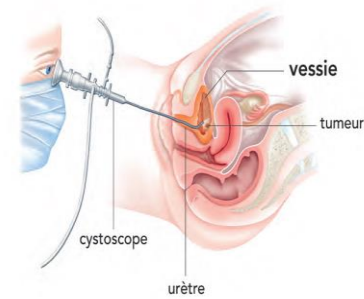


Échographie



Alger 09-10-2022 **TDM**

Endoscopie



- Endoscopie vésicale : souple ou rigide
 - ▣ soit sous anesthésie locale
 - ▣ soit au bloc opératoire

Autres

□ Cytologie urinaire

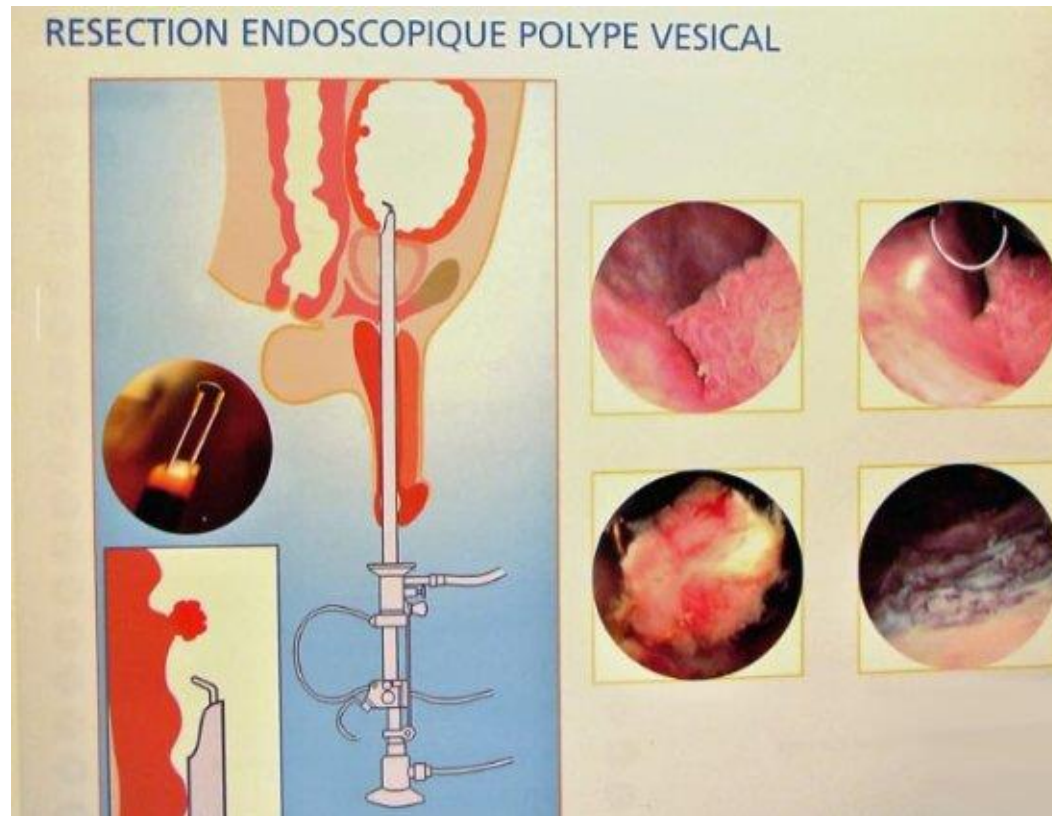
- Tumeurs de bas grade : sensibilité faible
- Tumeurs de haut grade : sensibilité élevée

Autres

❑ Nouveaux bio marqueurs tumoraux

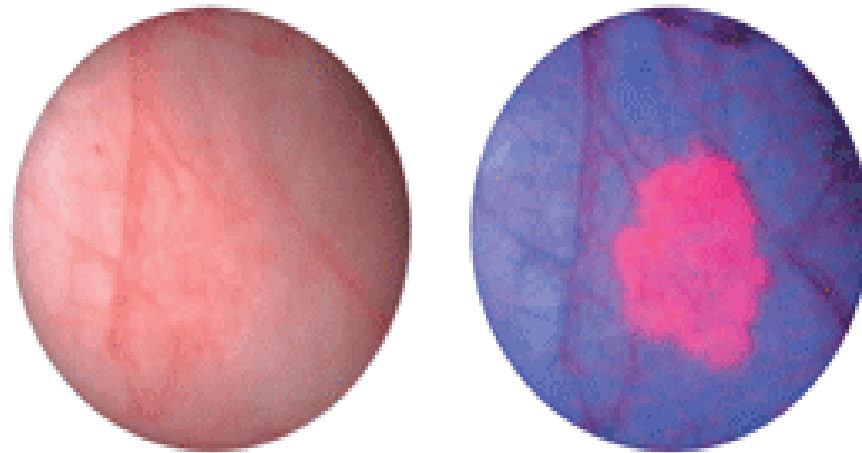
- ❑ BTA (Bladder Tumor Antigen, NMP-22 (Nuclear Matrix Protein), uCyt+ ®)
- ❑ UroVysion (FISH, analyse d'hybridation in situ par fluorescence)
- ❑ Facteurs de susceptibilité individuelle (mutations des gènes FGFR3 et p53, et NAT2)
- ❑ Gènes hyperméthylés (NID2, TWIST1)
- ❑ Facteurs en cours de recherche : Télomérase, Analyse des microsatellites

Résection trans-urétrale de la vessie (RTUV)



Résection trans-urétrale de la vessie (RTUV)

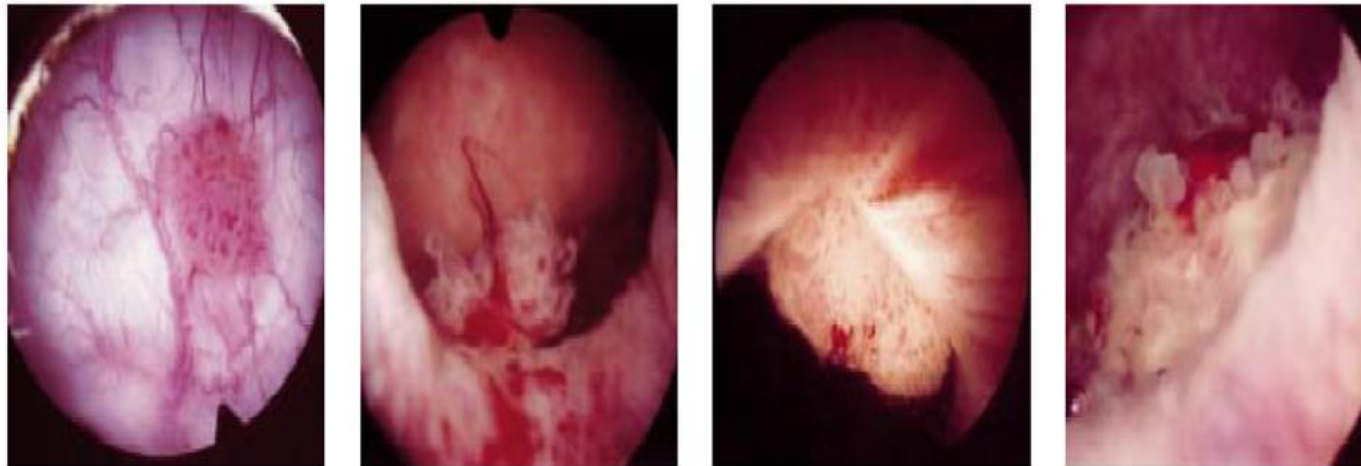
On peut avoir recours à la fluorescence lors de la cystoscopie



Aspect endoscopique sous Hexvix

Résection trans-urétrale de la vessie (RTUV)

□ NBI (Narrow Band Imaging)



Autre technique d'amélioration de la qualité de l'image endoscopique : NBI

Autres Traitements

- Laser
- Résection en bloc : nouvelle procédure chirurgicale

Instillations

- Immédiatement après résection endoscopique
- Instillations endovésicales hebdomadaires
- Chimiothérapie locale (mitomycine C)
- Immunothérapie (BCG)

Surveillance

Risque faible	→ Cystoscopie : à 3, 6, 12 mois puis annuelle pendant 5 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique).
Risque élevé	→ Cystoscopie : à 3, 6, 9, 12 mois puis tous les 6 mois la 2 ^e année puis annuelle à vie. → Cytologie urinaire : obligatoire couplée à la cystoscopie. → Uro TDM : tous les 2 ans ou si cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil.

Surveillance selon le risque de récurrence et progression

Alger 09-10 juin 2022

Pronostic

- Stade
- Grade
- Nombre et taille de la tumeur
- Nombre élevé et précocité des récurrences tumorales
- Ag de surface, ploïdie

PROBLEMATIQUE

- La performance diagnostique et thérapeutique d'une Résection Endoscopique unique d'une Tumeur Vésicale (**RTUV**) est diminuée
 - ▣ Souvent incomplète
 - ▣ Sous estimation du stade tumoral
- Traitement conservateur inadéquat
- Nécessité d'une deuxième résection de réévaluation

Tumeur



Paroi vésicale

Protocole de l'étude

□ Durée de l'étude

- De janvier 2006 à décembre 2013

□ Recrutement

- Consultation externe d'urologie du CHU d'Oran
- Patients provenant des wilayates de l'Ouest algérien et/ou orientés par d'autres services

□ Programmation

- Colloque hebdomadaire

Protocole de l'étude

□ Chirurgie

- 1^{ère} résection endoscopique
- Voir film vidéo

□ Anatomopathologie

- 15 jours après la chirurgie

□ Chirurgie

- 2^{ème} résection endoscopique après 4 à 6 semaines

Caractéristiques générales

1 878 patients résequés (2006-2013)



830 résections complètes



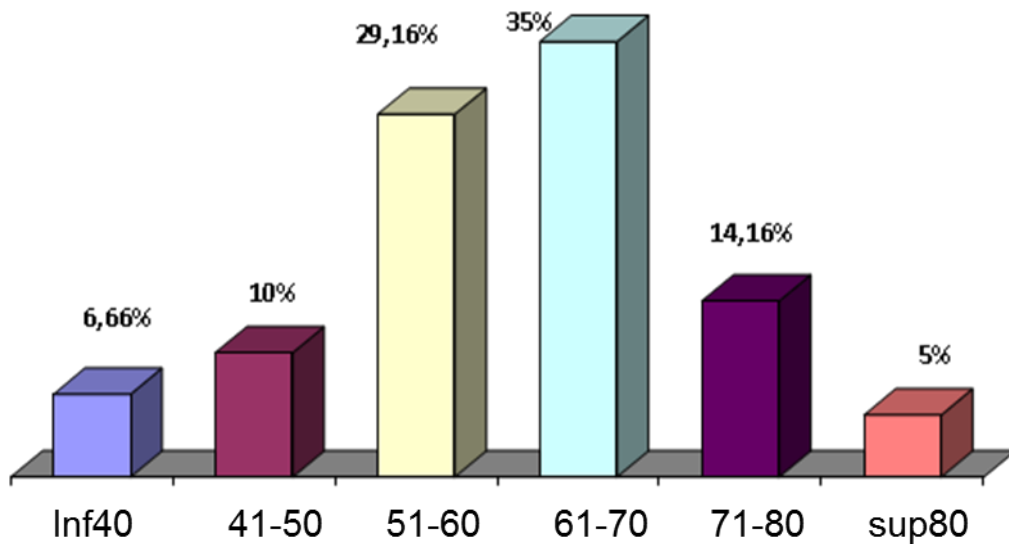
120 secondes résections systématiques



81 tumeurs résiduelles

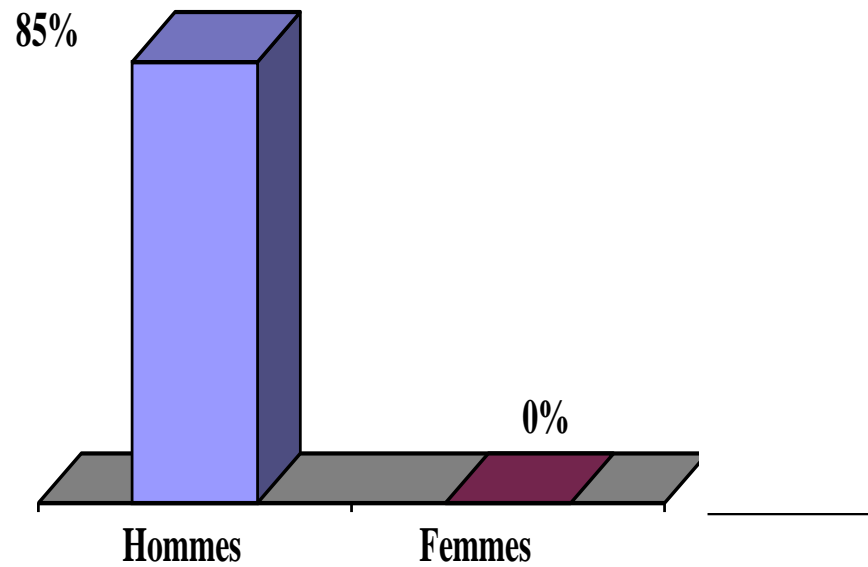
RESULTATS

Âge , sexe

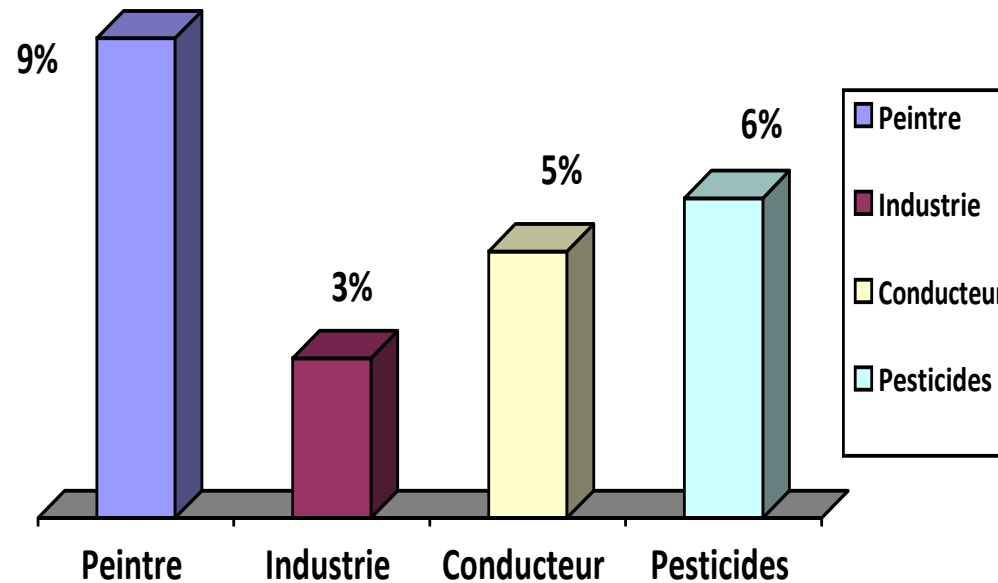


- Sexe ratio : 44,5
- Âge modal : 61-70 ans
- Âges extrêmes : 26-92 ans
- Âge moyen : $60,05 \pm 11,72$ ans

Tabagisme



Profession exposée

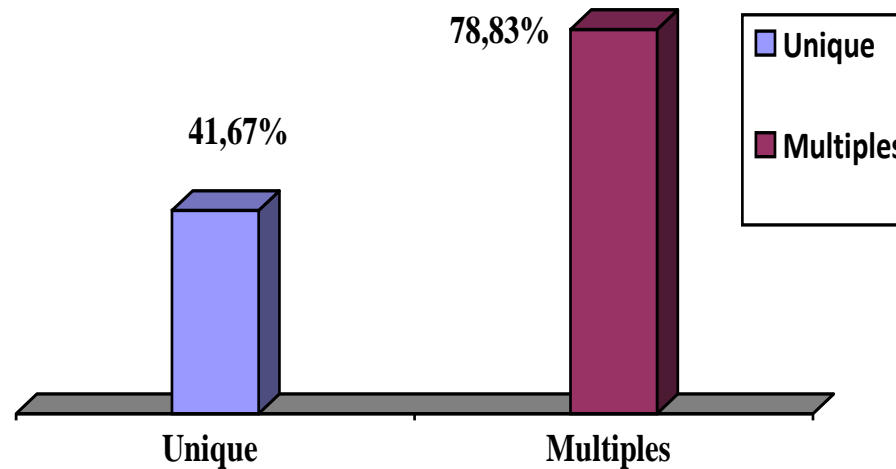


Antécédents

Antécédents	Nombre
HTA	15
Diabète	12
Cardiopathie	5
BPCO	3
Sans	85

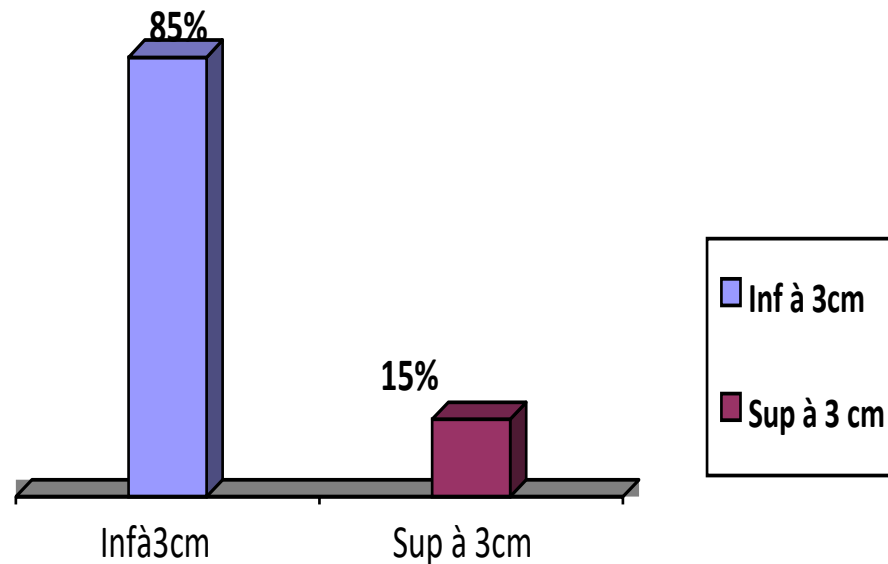
Résection endoscopique

□ Nombre de tumeurs



Résection endoscopique

□ Taille de la tumeur



Résection endoscopique

□ Siège de la tumeur

Siège	Nombre	Pourcentage %
Postérieur	11	9%
Trigone	6	5%
Latéral droite , gauche	2	1,66%
Dôme	3	2,5%
Antérieur	4	3,33%
Sièges multiples	94	78 ,3%
Papillomatose vésicale diffuse	3	2 ,5%

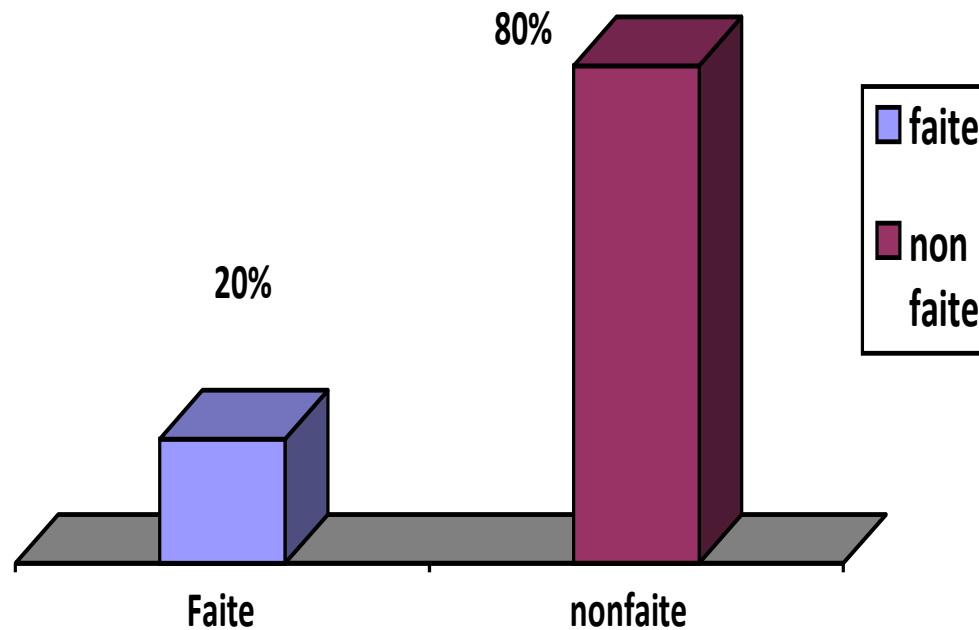
Résection endoscopique

□ Base d'implantation

Base d'implantation de la tumeur	Nombre	Pourcentage %
Base sessile	87	72,5%
Base pédiculée	33	27,5%

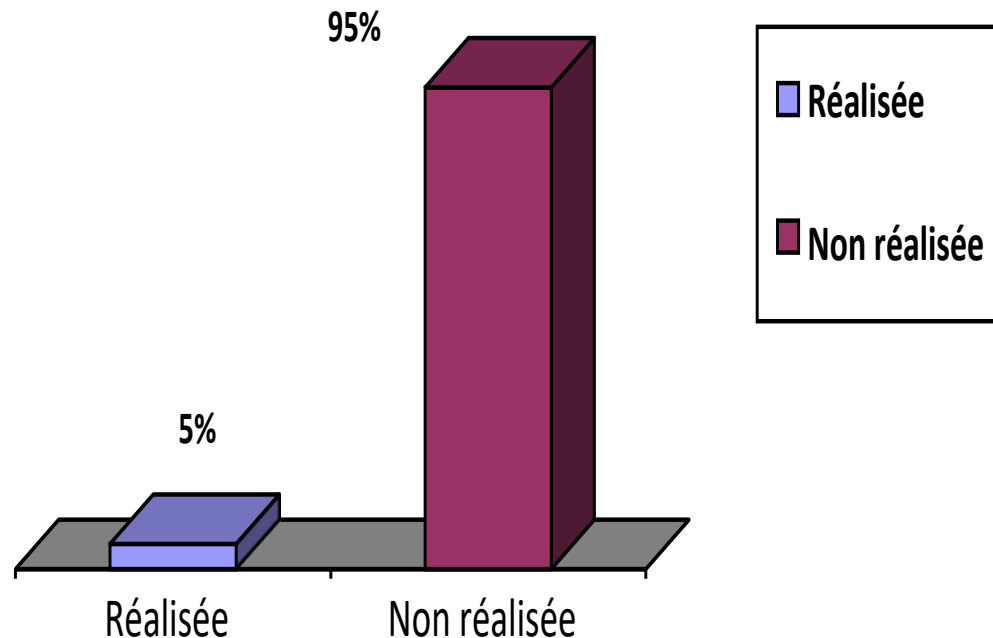
Résection endoscopique

□ Séparation des prélèvements

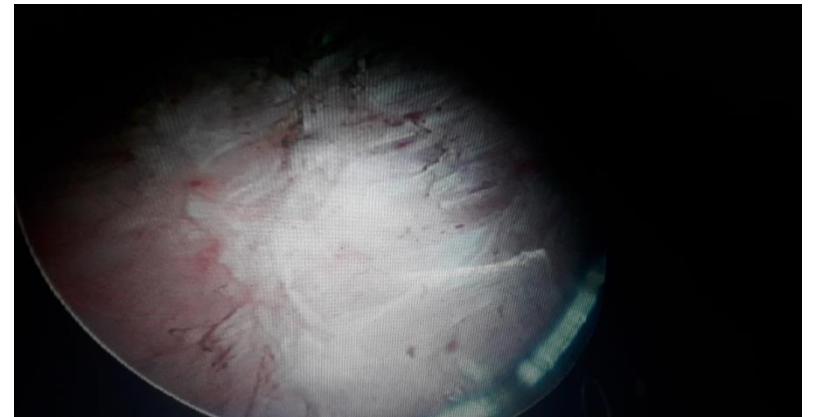
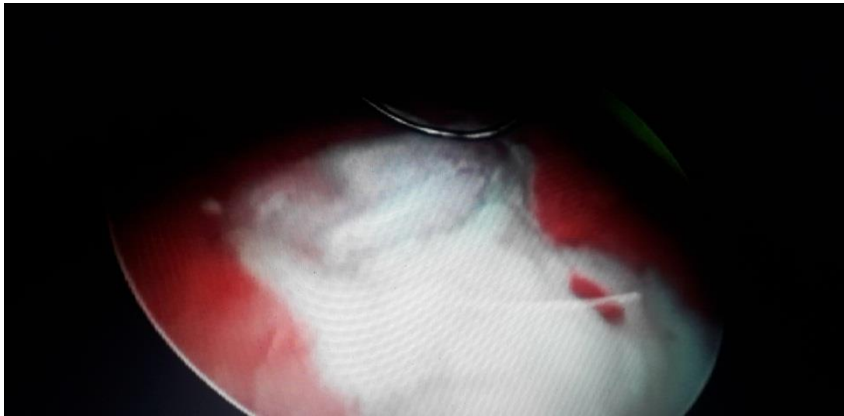
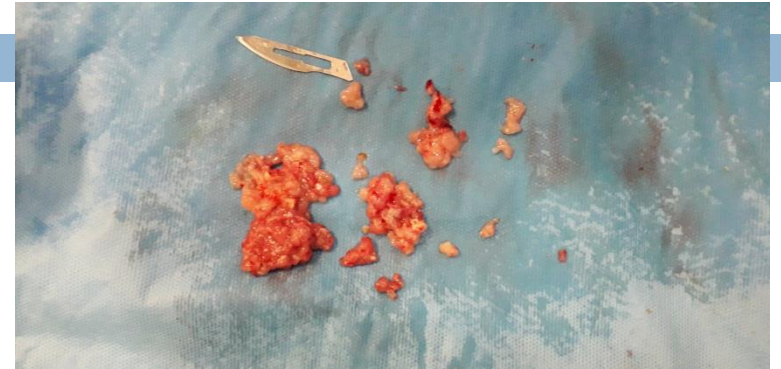


Le postopératoire

- Instillation postopératoire précoce de mitomycineC®



LA SECONDE RESECTION ENDOSCOPIQUE



Délai après résection

Délai après la 1^{ère} résection (semaines)	4	5	6	7	8
Nombre (%)	15 (12.5%)	23 (19.2%)	49 (40.8%)	21 (17.5%)	12 (10%)

Les résultats anatomopathologiques

□ Tumeur résiduelle

Anatomie pathologique	Présence de tumeur	Absence de tumeur
Nombre 120(%)	81(67,5%)	39(32,5%)

Les résultats anatomopathologiques

□ Siège de la résection

Siège de la résection		Cicatrice	Autre siège
Nombre	(%)	46(38,33%)	74(61,66%)

Les résultats anatomopathologiques(6)

	Première résection 120 malades	Deuxième résection : tumeur résiduelle : 81 malades	
Unique	26	32	0.003
Multiple	94	49	0.006
Taille <3cm	102	67	0.50 (NS)
Taille >3cm	18	14	0.66 (NS)
Cis oui	8	3	0.43 (NS)
Cis non	112	78	0.55 (NS)
pTa	56	31	0.28 (NS)
-Faible grade	39	26	0.94 (NS)
-Haut grade	17	5	0.07 (NS)
pT1	32	38	0.003
-Faible grade	18	29	0.001
-Haut grade	14	5	0.25 (NS)
pT2	00	8	0.003
Muscle non vu	24	4	0,002

Le traitement adjuvant

□ Instillations

Instillations post-opératoires	Oui	BCG	Mito	Non
Nombre(%)	22(39, 5%)	14(17, 28%)	18(22, 22%)	60,5%

□ Cystectomies : 6 cas

DISCUSSION



Alger 09-10 juin 2022

Comparaison de notre série avec les séries publiées

□ Durée de l'étude

	Nombre	Durée de l'étude(mois)
Klan, 1991 (Allemagne)	46	-
Mesdorf,1998 (Allemagne)	102	-
Herr, 1999 (USA)	150	10
Brauers, 2001(Allemagne)	42	60
Schips ,2002 (Autriche)	110	-
Grimm , 2003(Allemagne)	124	61
Zurkirchen , 2004(Suisse)	115	144
Scheweibold ,2006 (Allemagne)	136	84
Divrik ,2010 ((Turquie)	210	60
Guevara ,2010 (France)	93	132
Vasdev,2012(Angleterre)	172	96
Bishr ,2014(Canada)	94	60
Notre série, 2013(Oran)	120	110

Comparaison de notre série avec les séries publiées

□ Âge

- Dans notre série, l'âge moyen des patients est de $60,05 \pm 11,72$ ans, inférieur à celle rapportée dans la littérature occidentale avec un âge moyen de 69 ans
- Cette différence pourrait s'expliquer par
 - Vieillessement de la population des pays développés
 - Précocité du tabagisme dans notre pays
 - Absence de protection chez les professionnels exposés aux polluants.

Comparaison de notre série avec les séries publiées

❑ Facteurs de risque

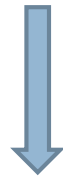
- ❑ Tabagisme : 85% des hommes de notre série sont fumeurs comme ceux retrouvés dans les séries des équipes de Kuper et Hemelt. Les femmes algériennes pourraient cacher leur tabagisme.
- ❑ Patients peintres nombreux (9%) aussi important que dans la série marocaine : Facteur à prendre en considération dans la prévention

Comparaison de notre série avec les séries publiées

□ Première résection endoscopique

- Prédominance des tumeurs multifocales dans 78,33% des cas qui confirme les résultats de plusieurs études [Divrik, Herr]
- Taille des tumeurs supérieurs à 3 cm chez 15% des patients
- Tumeurs sessiles 72,5% des patients de notre série : Risque de reliquat tumoral au niveau de la base d'implantation

Augmentation du
risque de tumeurs
résiduelles



2^{ème} résection

Comparaison de notre série avec les séries publiées

- ❑ Résultats anatomopathologiques
 - ❑ Tumeurs de stade pT1 : 32 cas (26,66%) ; dont 18 à faible grade : et 14 de haut grade
 - ❑ Dans les séries comparées , le nombre de stade pT1 était variable de: 42 à 210 malades

Comparaison de notre série avec les séries publiées

□ Délai entre les deux résection

- 04 et 08 semaines avec un délai moyen de $5,93 \pm 1,12$ semaines et une prédominance de l'intervalle 4-6 semaines dans 72,5% des cas.
- Concordance avec les recommandations de l'AFU et EAU

Comparaison de notre série avec les séries publiées

Le délai après la première résection endoscopique (semaines)

Klan, 1991 (115) (Allemagne)	1-2
Mesdorf, 1998 (116) (Allemagne)	4-6
Herr 1999(117) (USA)	4-6
Brauers, 2001(118) (Allemagne)	4-6
Schips, 2002(119) (Autriche)	4-6
Grimm, 2003(120) (Allemagne)	4-6
Zurkirchen, 2004(121) (Suisse)	4-6
Scheweibold, 2006(122) (Allemagne)	4-6
Divrik ,2010(123) (Turquie)	4-6
Guevara, 2010(124) (France)	4-6
Vasdev, 2012(125) (Angleterre)	4-6
Bishr ,2014(126) (Canada)	4-12
Notre série, 2013(Oran)	4-8

Comparaison de notre série avec les séries publiées

□ Le postopératoire

- Durée de séjour post-opératoire : 24 heures (93, 33%) ce qui concorde avec les données des équipes de Roupret.
- Instillation post-opératoire précoce (IPOP) de mitomycine C : 5% des cas

Comparaison de notre série avec les séries publiées

□ Les résultats anatomopathologiques

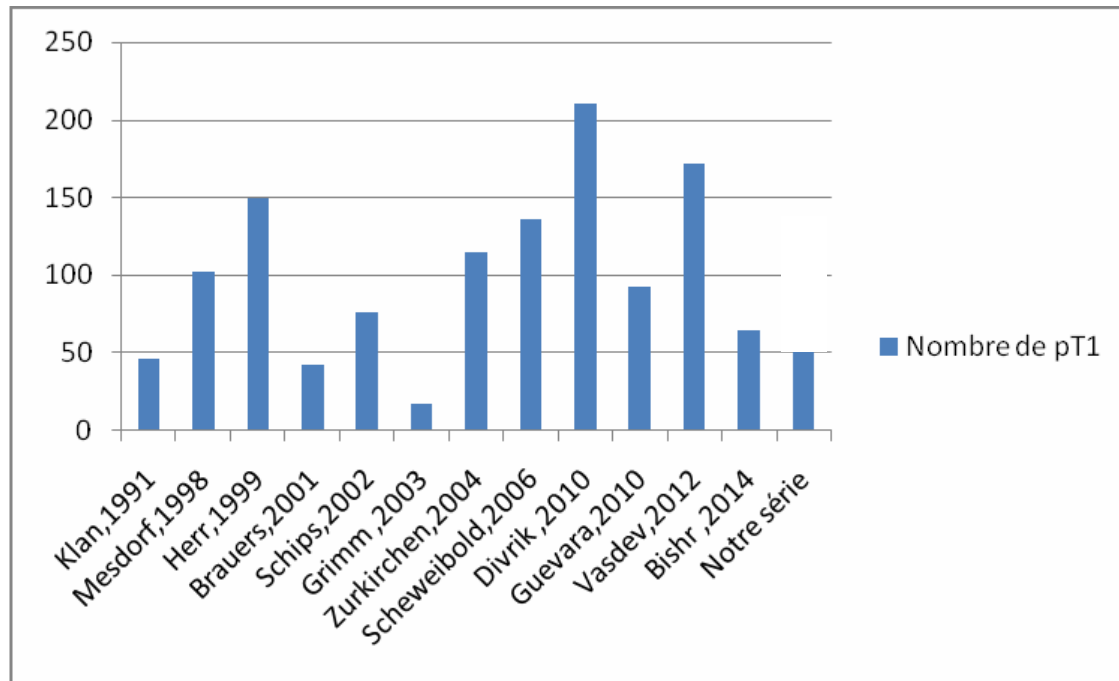
Anatomie pathologique	pTa	Faible grade	Haut grade	pT1	Faible grade	Haut grade	Muscle non vu	Cis associé	pT2
1e Resection Nombre 120	56 46,66%	39 69,64%	17 30,35%	32 26,66%	18 56,25%	14 43,75%	24 20%	8 6,66%	
2e Resection Nombre 81	31 38,27%	26 83,8%	5 16,12%	38 47%	29 76,3%	11 29%	4 5%	3 3,7%	8 10%

Comparaison de notre série avec les séries publiées

Tumeurs de la vessie résiduelles et sous stadification dans les stades pT1.			
Auteurs	Nombre de pT1 à la première résection	Persistance de la tumeur	pT2 ou plus
Klan, 1991(115)(Allemagne)	46	44%	2%
Mesdorf, 1998(116) (Allemagne)	102	16%	9%
Herr, 1999(117) (USA)	150	58%	14%
Brauers, 2001(118) (Allemagne)	42	64%	24%
Schips, 2002(119) (Autriche)	76	33%	8%
Grimm ,2003(120)(Allemagne)	17	53%	4%
Zurkirchen, 2004(121) (Suisse)	115	37%	-
Scheweibold, 2006(122) (Allemagne)	136	52%	10%
Divrik ,2010(123) (Turquie)	210	43%	13%
Guevara, 2010(124) (France)	93	43%	8%
Vasdev, 2012(125) (Angleterre)	172	57%	7%
Bishr ,2014(126)(Canada)	65	72%	17%
Notre série, 2013 (Oran)	32	47%	10%

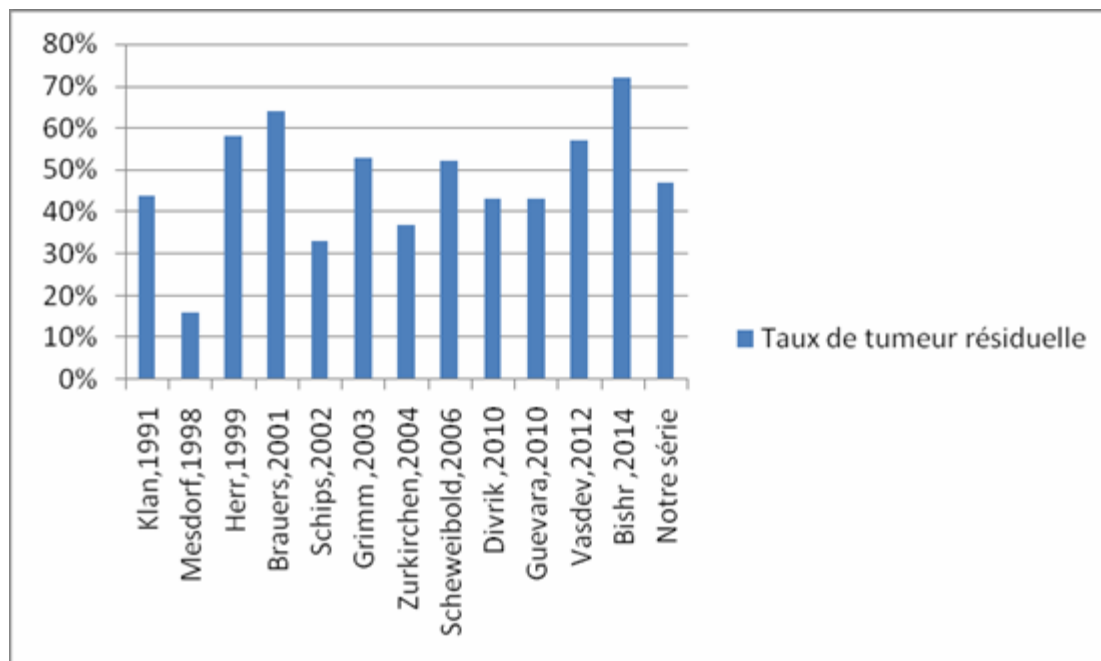
Alger 09-10 juin 2022

Comparaison de notre série avec les séries publiées



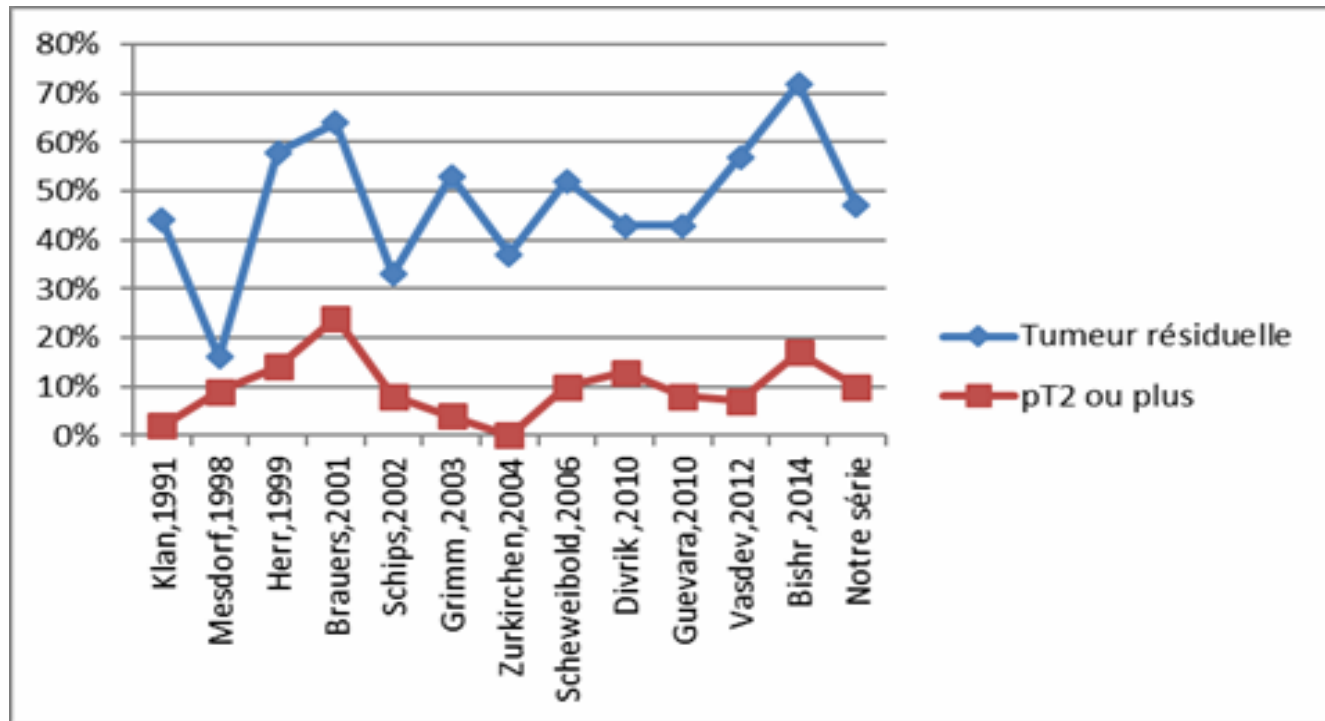
Répartition selon le nombre des tumeurs de la vessie stade pT1 à la première résection endoscopique.

Comparaison de notre série avec les séries publiées



Répartition selon le nombre des tumeurs de la vessie résiduelles après la seconde résection

Comparaison de notre série avec les séries publiées



Synthèse et comparaison entre les séries étudiées selon le stade pT1, la tumeur résiduelle et le stade pT2

Conclusion(1)



- Une seconde résection endoscopique d'une tumeur vésicale non infiltrant le muscle vésicale est vivement recommandé au vu de nos résultats où un nombre important de tumeurs résiduelles (67.5%) est retrouvé
- Par ailleurs, il y a eu une sous stadification tumorale, entre la 1^{ère} et la 2^{ème} résection ce qui nous impose de parfaire la technique initiale et celle de réévaluation

Conclusion(2)

□ Perspectives

▣ Prévention

- Tabagisme

- Professions exposées

▣ Registre national de cancer

Conclusion(3)

□ Perspectives

□ Développer les outils diagnostique et de surveillance

- Echographie abdominopelvienne
- Fibroscopie vésicale
- Amplification de la vision per-opératoire,

□ Développer les techniques de dépistage

- techniques de biologie moléculaire
- codage génétique et des marqueurs tumoraux
- cytologie urinaire pour un dépistage précoce des sujets à risques

□ Disponibilité du matériel ,formation

□ réduire les délais de programmation

□ Développer et maitriser d'autres techniques innovantes

Conclusion(4)



□ Perspectives

- Concertation avec l'anatomopathologiste
- Assurer la disponibilité des produits d'instillations endovésicale
- Surveillance
- Essayer de respecter les recommandations



MERCI

Alger 09-10 juin 2022